FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° 413

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

FRANCK DE PORTU

Né à Smyrne (Turquie), le 23 Avril 1903

LE TRAITEMENT

DE LA

TUBERCULOSE EN FRANCE

ET LA

Récupération des Tuberculeux

Président : M. LEMIÈRE, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1930

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

P. 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

FRANCK DE PORTU

Né à Smyrne (Turquie), le 23 Avril 1903

LE TRAITEMENT

DE LA

TUBERCULOSE EN FRANCE

ET LA

Récupération des Tuberculeux

Président : M. LEMIÈRE, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1930

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE. .	Neurologie et psychiâtrie.
AUBERTIN. . . .	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri).	Pathologie médicale
BINET.	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BROCQ.	Pathologie chirurgicale
BRULÉ.	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER . .	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.	Physique.
DONZELOT. . . .	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER.	Pathologie expérimentale.
GASTINEL. . . .	Bactériologie.
GATELLIER . . .	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.
HOVELACQUE. .	Anatomie.
HUTINEL.	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri). .	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE. . . .	Oto-rhino laryngologie.
LEROUX.	Anatomie pathologique.
LEVEUF.	Pathologie chirurgic.
LÉVY-VALENSI. .	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR.	Pathologie chirurgic.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET. .	Pathologie chirurgic.
MOURE.	Pathologie chirurgic.
MULON.	Histologie.
OBERLING. . . .	Anatomie pathologiq.
OLIVIER.	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE. .	Médecine légale.
PORTES.	Obstétrique.
QUÉNU.	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur). .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL. . .	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE.	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER. . . .	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL. . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale	METZGER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédiqu chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
	FREY	Stomatologie.
	CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
	LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
	WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Dont la sollicitude m'a conduit à cet ouvrage. Leur très affectueusement dévoué

F. P.

A MON ONCLE P. DE P.

Hommage de reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur A. LEMIERRE

Professeur de Bactériologie a la Faculté
de Médecine de Paris
Médecin de l'Hopital Bichat

Hommage respectueux.

A M. le Docteur FLANDIN

Médecin des hopitaux de Paris
Médecin de l'hopital Britannique

Introduction

On parle chaque jour de dénatalité et on s'inquiète sans doute à bon escient de la diminution du nombre des naissances en France. Personne ne conteste la légitimité de ces craintes, mais au moment où l'apport en vies humaines devient plus rare, ne devrait-on s'occuper davantage d'épargner celles qui existent déjà ?

Si l'on songe, par exemple, que la tuberculose est une maladie évitable, on ne peut que s'étonner qu'il meure environ 100.000 Français par an de cette maladie et que pas loin de 500.000 en soient atteints.

A l'heure où les questions démographiques sont à l'ordre du jour, il n'est pas vain d'envisager dans son ensemble le problème des tuberculeux et de voir quels moyens s'imposent pour le résoudre. Il y a encore beaucoup à faire dans cet important domaine. La tâche est longue, dure et ingrate, mais l'enjeu en vaut la peine, et il semble que tout ne soit pas encore fait pour guérir, soigner ou consoler ceux qui souffrent.

C'est pourquoi nous n'avons pas hésité à aborder ici cette importante question dont la solution nous paraît des plus urgentes.

I. L'organisation actuelle de la lutte anti-tuberculeuse en France

La lutte anti-tuberculeuse n'a été déclanchée avec quelque vigueur en France qu'après la guerre.

La première étincelle partie de Lille, de Lyon, de Paris, a embrasé rapidement tout le pays et ce qui était alors à l'état embryonnaire a pris corps aujourd'hui.

L'armement anti-tuberculeux comprend :

Le Médecin qui est en général le premier à constater la tuberculose.

Tous les médecins acceptent de soigner la tuberculose et la plupart le font sans doute avec compétence, mais on ne sait pas encore assez combien le traitement de la tuberculose est affaire de spécialiste.

Le Spécialiste selon le cas aura recours à telle méthode qu'il jugera utile. Les divers traitements appliqués aujourd'hui à la tuberculose pulmonaire — dont l'efficacité, il est vrai, n'est pas encore indiscutable — tels que pneumothorax artificiel, phrénicectomie, thoracoplastie, sels d'or, etc., sont du ressort du spécialiste. En outre, il posera souvent

avec plus d'à propos les indications de préventorium ou de sanatorium et dirigera le malade sur l'établissement de cure le plus approprié à son état.

Chaque malade est régulièrement suivi par :

Le Dispensaire de son quartier qui est le centre de la lutte anti-tuberculeuse.

Le premier Dispensaire fut fondé à Edimbourg en 1887 par un phtisiologue éminent, Sir Robert Philip. Plus tard, il y eut en France le Dispensaire de M. Calmette à Lille, celui de M. Jules Gourmont à Lyon, ceux de l'Assistance Publique de Paris, mais le véritable effort ne fut fait qu'après la guerre, sous l'impulsion de l'Office Publique d'Hygiène Sociale. Le nombre de Dispensaires est passé de 70 en 1914 à 641 en 1929.

Chaque Dispensaire est outillé pour diagnostiquer et dépister la tuberculose. Le phtisiologue qui est à sa tête, dispose de tous les moyens de diagnostic en usage actuellement : radioscopie et radiographie, examens de laboratoire, examens d'oto-rhino-laryngologie et d'endoscopie. Il hospitalise et isole les malades contagieux ; il envoie au sanatorium ceux qui peuvent bénéficier de la cure ; soustrait les enfants à une contagion infaillible en les plaçant en préventorium ; enfin il surveille ceux qui, n'étant pas contagieux, peuvent vivre dans leur famille sans danger pour les leurs.

Au dehors, le district du dispensaire est sillonné par :

Les Infirmières-Visiteuses qui sont chargées de

dépister partout la tuberculose, de surveiller ceux qui attendent leur hospitalisation, enfin d'examiner les locaux qu'ils habitent, de conseiller utilement les malades et d'attirer à la consultation du dispensaire ceux qui, vivant dans l'entourage des tuberculeux, seraient susceptibles d'avoir été contaminés.

Par la noblesse de leur rôle, par leur intelligente collaboration, les infirmières-visiteuses sont les précieuses adjuvantes du phtisiologue et sans elles l'action du dispensaire serait vaine.

Mais la difficulté même de leur tâche demande un personnel d'une instruction technique irréprochable, à cet effet il existe actuellement en France 18 écoles d'infirmières-visiteuses.

Les dispensaires ont été créés par l'Office Publique d'Hygiène Sociale en application de la loi Léon Bourgeois (15 avril 1916). D'après cette loi n'est considérée comme dispensaire que l'institution de lutte et de préservation anti-tuberculeuse « fonctionnant en liaison avec les services hospitaliers spéciaux et les Sanatoria ».

Tout dispensaire doit donc disposer du nombre de lits nécessaire pour hospitaliser et isoler ceux qui sont un danger pour leur entourage, de même qu'il doit avoir la possibilité de soustraire les enfants des tuberculeux à la contagion. Or, dans l'état actuel des choses nous voyons malheureusement qu'il est loin d'en être ainsi. Le nombre de lits dont on dispose pour les tuberculeux est totalement insuffisant. Ceux qui viennent consulter attendent de longues

semaines avant d'être hospitalisés, et pendant ce temps ils aggravent leur maladie et contaminent abondamment leur entourage. D'autres attendent de longs mois leur entrée en sanatorium et quand leur tour arrive ils ont alors perdu les chances qu'ils avaient de guérir ! « Créer des lits d'hôpital et de sanatorium en nombre suffisant pour qu'un malade curable ne risque jamais de perdre ses chances de guérison et pour qu'un malade contagieux n'aie jamais à attendre l'isolement d'avec les siens, c'est la tâche la plus urgente qui s'impose à l'effort antituberculeux français ». E. Rist.

L'Hôpital : Les Services de Tuberculeux à l'hôpital — exception faite pour les rares servicees spécialisés — ne sont pas à la gloire de l'Assistance Publique.

Généralement les services de tuberculeux sont annexés à des services de médecine générale — il arrive même que ces malades soient admis dans les salles communes — et cette promiscuité regrettable favorise l'intercontagion et la propagation de la tuberculose. Le plus souvent c'est un service annexe, une sorte de léproserie. Les malades y sont traités en parents pauvres ; ils ne sont pas intéressants : on les néglige ; on s'occupe d'eux par charité ou rapidement, et ils s'épuisent lentement à souffrir moralement et physiquement. Ils ne pensent qu'à une chose : partir. Et beaucoup sortent de l'hôpital sans attendre l'ordre du médecin, souvant dans un état précaire et rentrent chez eux écœurés, pour y mourir.

Les soins que reçoivent les tuberculeux dans ces services sont à peu près inexistants. La nourriture même est souvent médiocre. Et lorsqu'on essaie de retenir à l'hôpital un de ces malades il vous répond : « On ne me fait rien ici, je serai aussi bien chez moi ».

Même lorsque les malades sont placés dans des salles à part, l'intercontagion joue un rôle important, sans tenir compte bien entendu du facteur moral — si important chez les tuberculeux — on les place au hasard les uns auprès des autres et les moins malades subissent la contamination massive de ceux qui sont gravement atteints. Pour obvier à ces inconvénients une heureuse réalisation a été faite à l'hôpital Laënnec dans le service spécialisé du Professeur Léon Bernard où les lits isolés ou par deux, sont séparés de cloisons en bois, sorte de boxes. Il serait souhaitable que ce moyen d'isolement se généralise ; et si l'on substitue aux lourdes cloisons de bois des cloisons vitrées comme cela se voit dans les services de nourrissons, on donnera aux salles de tuberculeux un aspect moins triste et plus accueillant.

Ce qui frappe le plus dans cette organisation malfaisante c'est de voir se perpétuer cet état de choses dans des services récemment construits, où le bon sens lui-même n'a pas trouvé raison. Il semble que l'administration, bureaucratique par essence, oppose au progrès sa plus implacable ennemie : l'inertie !

D'ailleurs, le plus gros effort dans la lutte antituberculeuse est fourni par l'initiative privée, intelligente et zélée.

Les Préventoria sont dus pour la majorité à la bonne volonté active de philanthropes.

Citons *l'Œuvre Grancher* qui dès 1903 s'occupe de soustraire à la contagion les jeunes enfants de 3 à 10 ans, encore sains, mais issus de parents tuberculeux et de les placer à la campagne à l'abri de tout contact. « J'ai pensé, écrivait Grancher, que le meilleur moyen de lutter contre la tuberculose était de lui enlever sa proie » et dans ce but il fonda cette admirable institution qui porte aujourd'hui son nom.

A côté de l'Œuvre Grancher, Mme Arnold Seligmän a fondé, en 1920, le *Placement Familial des Tout-Paris* qui est l'extension du système Grancher aux nourrissons et qui complète harmonieusement cette œuvre.

Mais ces organisations inspirées par un beau sentiment de générosité, ont l'inconvénient grave de soustraire au foyer familial l'enfant ce qui peut avoir de grosses conséquences morales et sociales et de le faire élever par des étrangers mercenaires. D'autre part, à moins que la campagne française ne soit transformée tout entière, en une vaste pouponnière, le placement des enfants se heurtera fatalement au nombre de places disponibles qui n'est pas inépuisable.

Auprès des Préventoria pour enfants on en a

également institué pour adultes ; mais l'établissement de cure par excellence des tuberculeux est .

Le Sanatorium. Le premier sanatorium fut construit à Goemersdorf, en Silésie, vers la fin du XIX^e^ siècle par un médecin allemand nommé Brehmer. Mais le sanatorium tel que Brehmer l'avait conçu c'était la méconnaissance la plus complète de ce que pouvait être le traitement de la tuberculose. Les sports, la marche, la gymnastique suédoise et la douche, constituaient les principaux éléments de la cure... Il comprit cependant qu'il fallait faire vivre les malades au grand air d'une façon continuelle, et ce fut son grand mais unique mérite.

Un peu plus tard, en 1876, Delwiller, un élève de Brehmer, répara l'erreur de son devancier et institua le sanatorium tel que nous le possédons aujourd'hui avec ses longues heures de repos dans des galeries de cure.

Tous les sanatorias sont maintenant outillés pour traiter la tuberculose avec les faibles armes dont nous disposons. On y pratique tous les traitements en usage et on suit l'évolution de la maladie par un contrôle radiologique et bactériologique régulier ; puis au bout d'un temps variable allant jusqu'à six mois, rarement plus, le malade sensiblement amélioré est renvoyé chez lui.

Le nombre des sanatorias populaires s'est multiplié en France, et de gros efforts furents faits, il est juste de le reconnaître, pour l'hospitalisation des tuberculeux, malgré cela il reste encore beau-

coup à faire. Le nombre de places est très nettement insuffisant. De plus on ne reçoit dans les sanatoria que les malades curables. Les autres, ceux qui « crachent leurs poumons », il est difficile et presque impossible de les hospitaliser. Ce sont cependant les plus dangereux pour leur entourage et pour la Société.

On a préconisé la création d'hôpitaux-sanatoriums qui seraient construits à proximité des grandes villes et où on isolerait cette catégorie de malades, mais ce vœu, comme tant d'autres belles choses, est resté sans effet.

Enfin, une institution anti-tuberculeuse de date plus récente est :

Le Village-Sanatorium qui a été créé en France, notamment à Passy-Praz-Coutant en 1922, sur le modèle du village-sanatorium américain de Trudeau, à Saranac-Lake.

Il est constitué essentiellement par pavillon central, qui n'est autre qu'un sanatorium, autour duquel sont situés des châlets où peuvent loger de quatre à quinze malades. Ceux-ci sont groupés suivant leur milieu social et leurs affinités, initiative heureuse et qui a le meilleur effet sur le moral des malades.

A leur entrée les malades font d'abord un stage, plus ou moins long suivant leur état, au pavillon central, puis ils sont répartis dans les différents cottages où ils complètent leur cure.

Enfin on songe actuellement à créer des ateliers de rééducation pour compléter le programme du village sanatorium et qui adapteraient le malade à la vie nouvelle qu'il doit désormais mener.

Mais ici nous trouvons les mêmes inconvénients qu'en sanatorium. Les malades sont admis pour une période de quatre à six mois. Or, même si nous acceptons l'opinion généralement admise qu'un malade doit passer de douze à dix-huit mois au sanatorium, ici encore nous sommes loin de compte.

II. La lutte contre la tuberculose n'est pas appuyée officiellement

La lutte anti-tuberculeuse telle qu'elle est engagée actuellement en France est insuffisante. La générosité privée et les bonnes volontés doivent être soutenues et encouragées par l'état qui doit, en outre, sauvegarder la collectivité, puisqu'il a « charge d'âmes ».

La loi Honorat votée le 7 septembre 1919, oblige tous les départements à construire dans un délai de cinq ans, un sanatorium pour l'hospitalisation de leurs tuberculeux, ou de se faire réserver un nombre de lits suffisants dans le sanatorium d'un autre département. Il y a bientôt onze ans que cette loi fut votée et bien peu de départements y ont satisfait. Mais les pouvoirs publics n'ont pas jugé utile d'intervenir pour la faire appliquer. Cependant, nous l'avons vu plus haut, le nombre de lits est insuffisant. Dans le seul département de la Seine il meurt un peu plus de 11.000 tuberculeux par an, et l'Assistance Publique en hospitalise 4.000 !

C'est pourquoi les malades qui ont la chance de connaître le sanatorium n'y sont admis que pour un

temps très court, trop court pour en garder un bénéfice durable. Nous savons cependant que la survie des tuberculeux pulmonaires est en rapport avec la durée de leur séjour en sanatorium. Les statistiques dressées à ce sujet par le Docteur L. Guinard, médecin-chef du sanatorium de Bligny, le démontrent surabondamment. On constate qu'après 10 ans, 25 % des malades ayant fait une cure sanatoriale de plus de 1 an survivent ; pour ce même laps de temps 45 % des malades ayant fait une cure de 2 ans survivent. On voit donc l'intérêt que présentent pour les tuberculeux les longs séjours en sanatorium.

Un autre point important de la lutte doit être la destruction des *taudis*, où la tuberculose frappe à coups redoublés. Il faut abattre tous ces logements insalubres et les remplacer par des habitations où les revendications de l'hygiène soient hautement comprises et largement satisfaites. De même il faut entreprendre la lutte contre *l'alcoolisme* qui entraîne la misère avec tout son cortège et prépare le terrain à la tuberculose.

Une dernière mesure qui s'impose et dont la charge incombe aux pouvoir publics est le vote d'une *loi rendant obligatoire la déclaration de la tuberculose* aux autorités sanitaires compétentes, et la désinfection gratuite des locaux après décès ou changement de domicile des tuberculeux. Pareille loi est appliquée depuis longtemps dans certains

pays étrangers (Angleterre, Etats-Unis, Danemark) qui commencent à en recueillir ses bienfaits.

Dans ces pays, en effet, la lutte contre la tuberculose, partie d'initiatives privées, a été soutenue vigoureusement et intelligemment par l'Etat, et cette campagne a amené le fléchissement brusque des courbes de mortalité par tuberculose. L'isolement des tuberculeux a jugulé la contamination et déjà on songe à trouver aux sanatoria des affections nouvelles.

III. Quelques chiffres

Une chose est certaine, c'est qu'aucun capital économique n'est supérieur au capital humain. L'homme dans la collectivité représente une richesse sociale inestimable et cette richesse ne peut pas se traduire par des chiffres. « Ne comptons pas en shillings, dollars et francs. Comptons en vies humaines », s'est écrié le Pr de Carle Woodcock, de Leeds, à la VII[e] Conférence de la National Association for the Prevention of Tuberculosis.

Parmi les victimes de la tuberculose, bon nombre peut être sauvé tous les ans. L'effort ne sera donc pas trop grand qui aboutira à conserver au pays des bras, des cerveaux et des cœurs.

Si l'on veut maintenant des chiffres voici à titre d'indication quelques calculs approximatifs donnés par une puissante Compagnie Américaine d'assurances sur la vie *Metropolitan Life* et rapportée par le Docteur E. Rist à qui nous empruntons le passage qui va suivre :

« Toute année de vie humaine probable suppri-
« mée par la maladie représente une perte en ri-

« chesse nationale qui n'est pas inférieure à 100 « dollars, soit 500 francs-or. Si l'on répartit sur « l'ensemble de la population des Etats-Unis les an- « nées de vie que coûte la tuberculose, on calcule « que chaque individu perd, du fait de la tubercu- « lose, deux années et demie de probabilité de vie. « La perte par personne est donc de 250 dollars ou « 1.250 francs-or. Or, la population des Etats-Unis « est d'environ 106 millions. La perte est donc de 26 « milliards et demi de dollars. Traduit en francs- « or, ce nombre s'élève à 132 milliards et demi. La « durée moyenne de la vie humaine aux Etats-Unis « étant de cinquante ans, on peut dire que la mor- « talité par tuberculose coûte annuellement à la na- « tion 500 millions de dollars. Cette somme expri- « me le bénéfice net annuel que représenterait pour « les Etats-Unis la suppression de la mortalité tu- « berculeuse. Si ces calculs peuvent être rapportés « sans correction à notre population de 36 millions « de Français, la perte annuelle due à la mortalité « tuberculeusee serait pour nous d'environ 170 « millions de dollars, soit 850 millions de franc-or, « soit 4 milliards et demi de franc-papier ». (1).

Et si l'on ajoute à ces sommes ce que coûte encore la famille du tuberculeux, qui, privée de son chef, tombe à la charge de la société, on voit de

(1) Au moment où l'ouvrage de M. Rist, *La Tuberculose*, a paru, au début de l'année 1926, le dollar valait 27 francs. Nous avons respecté les chiffres de l'Auteur ; mais même en ramenant le dollar à son cours actuel la différence n'est guère que de 6 1/2 soit 250 millions.

quel ordre sont les pertes occasionnées au pays par ce fléau.

C'est pourquoi, dans l'état actuel de nos ressources, le seul moyen qui existe de faire mieux est la récupération des tuberculeux.

IV. La Récupération des tuberculeux

Nous avons vu l'organisation actuelle de la lutte antituberculeuse en France et ses lacunes ; nous avons passé rapidement en revue les efforts accomplis et la carence des pouvoirs publics en matière d'hygiène sociale ; nous venons de voir enfin ce que coûte annuellement la tuberculose à un grand pays comme la France. Voyons maintenant quels moyens il faudrait utiliser, dans l'état actuel de nos ressources, pour soigner les tuberculeux et améliorer leur sort.

La seule façon d'isoler les tuberculeux et de les traiter, dans des établissements de cure et de repos, à moins de frais et plus complètement que dans les sanatoria populaires, c'est-à-dire aussi longtemps que leur état le requiert, est la création de colonies de tuberculeux, où les malades feraient tout d'abord une cure sanatoriale, puis seraient soumis progressivement à un travail facile, mais rémunérateur, en rapport avec leurs forces : c'est, socialement parlant, la récupération des tuberculeux.

Le village-sanatorium ainsi conçu a été tenté avec succès dans beaucoup de pays, notamment en

Angleterre, et c'est en nous inspirant de là, où l'expérience a pleinement réussi, que nous pourrons instituer une large organisation de lutte où nous trouverons enfin la solution du problème des tuberculeux.

L'idée principale qui a guidé les instigateurs de cette conception est que les mêmes causes produisent toujours les mêmes effets, et que lorsque le malade, à sa sortie du sanatorium, se retrouve dans les mêmes conditions physiques ou matérielles qui l'ont rendu malade, il rechute fatalement, et retombe à la charge de la collectivité.

Or, le sanatorium appliqué aux classes populaires avec son organisation actuelle ne répond pas à nos besoins. « Sa valeur thérapeutique, qui se manifeste pour un grand nombre de malades, ne leur apporte cependant qu'un bénéfice passager pour la double raison que leur séjour au sanatorium est trop court et qu'à leur sortie, ils retombent dans les conditions d'existence fâcheuses habituelles : travail, etc., qui les avaient déjà conduits à la maladie » (Guinard).

Et, en allant plus loin dans cette idée, nous arrivons au Village-Sanatorium ou Colonie de tuberculeux. Voici, à ce propos, l'opinion qu'exprimaient en 1924 MM. F. Bezançon et Léon Bernard :

« La formule idéale de la cure hygiéno-diététique populaire réside dans son association à des conditions définitives d'existence impliquant à la fois la continuation du traitement sanatorial et l'organisa-

tion d'un travail approprié. A cet effet, il faut enseigner ce travail aux tuberculeux déjà améliorés, puis *le leur procurer*, enfin leur donner les moyens de l'exercer dans le milieu social et climatique qui leur convient. Seul, le Village Sanitaire, la Colonie de tuberculeux est susceptible de réaliser ce progrès ; lui seul répond aux exigences sociales de la cure sanatoriale populaire fournissant aux malades et à la société un bénéfice durable ».

Voici quel a été dans ce sens l'effort de la Grande-Bretagne, qui possède actuellement trois villages-sanatorium (1).

Celui de *Papworth* est, sauf erreur, le premier en date. On reçoit tous les tuberculeux, même les plus gravement atteints. Et l'expérience a montré que ceux-ci peuvent également arriver à travailler, sans quitter leur lit, par exemple à des travaux de bijouterie, d'horlogerie. On remédie à la difficulté de leur hospitalisation et les malades y rentrent plus volontiers qu'à l'hôpital. On évite ainsi tout danger de contagion dont ils seraient la source en restant chez eux.

---

(1) On s'est servi en France du mot Village-Sanatorium pour désigner les sanatoria où les tuberculeux sont soignés dans des châlets plus ou moins indépendants du bâtiment central, et nous avons vu que les malades ainsi traités rentrent ensuite chez eux. Il y a abus de mots; et tout autre est la signification donnée à ce mot en Angleterre. Le Village-Sanatorium anglais est une entité indépendante financièrement et administrativement, vivant de ses propres moyens et où les malades se fixent définitivement.

Preston Hall est le village-sanatorium de la Légion Britannique. On n'y reçoit que des anciens combattants ayant contracté la tuberculose pendant la guerre et atteints de tuberculose latente, ou au début, ou de gravité moyenne.

Le troisième village-sanatorium est celui de *Barrowmore Hall* dans le Comté de Chester. C'est la plus jeune des trois institutions : Mais son développement a été entravé par la suppression brusque de l'aide financière du gouvernement.

Voyons d'un peu plus près maintenant l'organisation de ces institutions. Toutes trois sont conçues sur le même modèle ; nous prendrons pour type de notre description le village-sanatorium de Preston Hall, qui est dirigé avec une rare compétence par le Dr J.-B. Mac Dougall.

Preston Hall est situé à 50 km. de Londres, dans le Kant, surnommé, pour la douceur de son climat, le jardin de l'Angleterre. Le Village a acheté une magnifique propriété avec 500 acres de terrain, soit environ 20 hectares, et dont le bâtiment principal a été transformé en sanatorium. Autour de celui-ci, on a construit des châlets, des hôtels, une école, une mairie, une église, en un mot tout un village.

Pour être admis à Preston Hall, les malades passent d'abord une visite médicale qui élimine les incurables. (Nous avons vu cependant que ceux-ci sont reçus au village-sanatorium de Papworth). Ensuite, on fait un examen de leur situation morale, pour évincer les indésirables ; enfin, un examen

de leur situation économique et financière, sur lequel nous reviendrons plus longuement dans un instant.

Une fois admis, les malades font à leur entrée une cure sanatoriale en tout point semblable à la cure sanatoriale classique. Mais lorsque, au bout d'un temps donné, ils sont suffisamment améliorés pour quitter le sanatorium, au lieu d'être abandonnés à eux-mêmes et livrés à un patron exigeant, qui, en échange de leur salaire, leur demandera le maximum de rendement, les anciens pensionnaires du sanatorium sont pris en charge par celui-ci qui devient alors patron, et après une adaptation progressive au travail, une rééducation rationnelle, il les emploie suivant leurs capacités et suivant leurs forces dans une de ses multiples industries où, pour un travail aisé, ils reçoivent un salaire suffisant.

Les industries de Preston Hall sont diverses et variées. On y trouve des ateliers de charpentiers qui fabriquent des maisons démontables en tous genres, des équipes de maçons chargées de la construction de toutes les maisons du village. Il y a une imprimerie qui fait tous les travaux d'impression du sanatorium. Elle reçoit toutes les commandes de la Légion Britannique, imprimés, prospectus, etc., et celles de particuliers qui, en dehors de toute question de philanthropie, trouvent leur intérêt à s'y adresser.

Il y a encore au village-sanatorium un atelier de fabrication d'articles en fibre et en cuir qui reçoit

d'importantes commandes des revendeurs de tout le pays. Ce travail est simple, étant pour la plus grande partie mécanique, et ce facteur a été pris en considération dans le choix de cette industrie.

Citons encore les équipes de fermiers et de cultivateurs qui produisent la plus grande partie des denrées que consomme le village ; et les commerçants chez qui on trouve toujours les articles de première nécessité.

Enfin, l'administration du village-sanatorium emploie des anciens tuberculeux pour diriger ses différents services ; et ceci convient éminemment à ceux qui, même guéris, ne peuvent fournir d'effort manuel, ou qui n'ont jamais travaillé dans l'industrie ou le commerce.

Ce village, fondé en 1925, compte aujourd'hui 754 habitants. Les tuberculeux qui sont soignés à Preston Hall ne se fixent pas tous au village. Personne n'y est contraint. Certains s'y refusent catégoriquement, d'autres sont incapables de faire le moindre travail. Mais un tiers environ des anciens malades s'y établissent, soit définitivement, soit pour un temps plus ou moins long. S'ils sont célibataires, ils habitent l'hôtel ; s'ils sont mariés, le sanatorium leur loue un cottage confortable et gai, pour un prix modique. Ils sont alors autorisés à faire venir auprès d'eux leur femme et leurs enfants, et ils retrouvent avec eux la vie de famille dont ils étaient privés.

On pourrait croire à priori que le voisinage des tuberculeux avec les individus sains, leur vie commune, favorise la contagion. L'expérience a prouvé qu'il n'en est rien. Pas plus les enfants que les adultes ne courent de risque. Sur 382 personnes non tuberculeuses habitant le village, le Dr Mac Dougall affirme qu'il n'a pas été possible de découvrir un seul cas de tuberculose pulmonaire.

Cet heureux résultat permet, dans la pratique, de ne pas séparer l'enfant de la famille — à l'encontre de l'œuvre Grancher ou du Placement Familial des Touf-Petits — et lui maintient ainsi sa cohésion. Chez le tuberculeux, « la vie de famille, dit Varrier-Jones, est de la plus haute importance. Que ce soit dans la classe moyenne ou chez l'ouvrier ordinaire, on retrouve les mêmes facteurs empêchant l'homme de recouvrer la santé, annihilant ses meilleures tentatives, l'accablant sous le poids de l'anxiété, puis du désespoir... La famille du tuberculeux est l'unité avec laquelle nous devons compter. Nous perdons de l'argent quand nous en dépensons pour une partie seulement de cette unité ».

De cette façon, le tuberculeux qui arrive à Preston Hall ne laisse pas en entrant toute espérance il sait qu'il pourra un jour retrouver, dans une atmosphère sereine, les affections qu'il laisse momentanément derrière lui pour se soigner, et ce facteur moral est d'un prix inestimable.

Nous avons dit plus haut qu'on examine à l'entrée la situation budgétaire du malade. Si ce facteur

s'introduit ici, ce n'est pas que le sanatorium demande un paiement quelconque : le traitement est gratuit. Mais s'il s'occupe de procurer au malade une situation fixe suffisamment rémunératrice pour lui et les siens, en connaissant ses possibilités il ne pourra que mieux servir ses intérêts.

Le malade qui entre au sanatorium doit y faire une *cure de repos*. Or, l'immobilisation plusieurs heures par jour sur une chaise longue n'est qu'un des éléments de cette cure de repos. Si, dans ces conditions, il est tourmenté par le côté matériel de la vie, par la perte de sa situation et le souci de son avenir, il ne trouvera pas dans le repos tout le bénéfice qu'on peut souhaiter. C'est pourquoi, connaissant sa position financière, le sanatorium se substitue au malade, prend ses soucis à sa charge et prépare pour lui une situation qui garantisse son avenir. Ainsi, « quand il entre au sanatorium, le malade sait qu'il peut laisser derrière lui toute préoccupation, toute incertitude concernant l'avenir » (P. Jouve) et cet apaisement, cette tranquillité d'esprit compose l'autre élément indispensable de la cure de repos.

Financièrement parlant, le village-sanatorium est une entité indépendante. Ses industries non seulement font vivre aisément ceux qui s'y emploient, mais sont encore une source de bénéfices pour lui.

Voici, à ce point de vue, quelques chiffres éloquents :

En 1926, les dépenses ont été de 13.007 Lstg. et les recettes de 45.197.

En 1927, les dépenses ont été de 19.110 Lstg. et les recettes de 65.000.

En 1928, les dépenses ont été de 23.495 Lstg. et les recettes, de 71.122.

En 1929, les dépenses ont été de 26.000 Lstg. environ et les recettes de 74.000 environ.

Soit un excédent :

Pour 1926, de Lstg. 32.190, soit en francs 3.990.000.

Pour 1927, de Lstg., 45.480, soit en francs 5.690.000.

Pour 1928, de Lstg., 47.627, soit en francs 5.900.000.

Pour 1929, de Lstg., 48.000 environ, soit en francs 5.950.000 environ.

Cet excédent dans le budget des diverses industries sert à traiter les tuberculeux hospitalisés qui ne peuvent par encore travailler, et à construire de nouveaux châlets pour l'extension du village.

On voit par ces résultats que les tuberculeux, dans ce cas, sont loin d'être à la charge de la Société, à laquelle, étant convenablement employés, ils peuvent rendre les mêmes services que les individus sains.

Le village sanatorium est la seule réalisation qui ait l'avantage de guérir les tuberculeux à moins de frais, et dans l'état actuel de nos ressources nous de-

vons lui donner la préférence. Il est, de plus, le seul mode de permettre aux malades une cure prolongée aussi longtemps que leur état l'exige, sans être chaque fois obligés de l'interrompre et d'en perdre plus ou moins rapidement le bénéfice.

Pour sa création, il n'est pas indispensable de choisir une région particulière. N'importe quel climat, en France, peut offrir les conditions favorables, à la seule condition que l'emplacement du futur village-sanatorium soit à l'abri des vents. C'est d'ailleurs l'avis du Dr Kuss, qui est certes le plus autorisé en pareille matière.

Il serait même conseillable qu'il fut créé à proximité d'une grande ville (à 50 ou 60 km.) ; ce serait un avantage pour son industrie qui aurait des débouchés faciles.

D'autre part, les malades accepteront plus volontiers de se rendre au village-sanatorium si celui-ci n'est pas trop loin d'une ville, tandis qu'ils consentiront plus difficilement à aller s'installer définitivement, « s'enterrer » dans un coin des Alpes ou du Jura. Cette disposition aurait, en outre, l'avantage de les disséminer dans toute la France plutôt que de les grouper dans une région donnée.

Enfin le village-sanatorium ne prétend remplacer aucune organisation déjà existante de lutte anti-tuberculeuse. Bien au contraire, il complétera leur action et achèvera leur œuvre. Les médecins auront à leur disposition un moyen de lutte sûre ; les dis-

pensaires, centres de triage et placement seront plus nécessaires et plus efficaces que jamais.

Et cette idée n'aura certes pas de mal à triompher, car elle répond à un besoin. D'ailleurs n'est-elle pas en partie réalisée à Berck où les anciens malades guéris de leur tuberculose osseuse, s'installent volontiers dans la région vivifiante qui les a guéris.

Conclusions

Le village-sanatorium, tel que nous venons de le voir, est le seul moyen de traiter économiquement la tuberculose pulmonaire, puisque les malades non seulement gagnent leur vie, mais subviennent encore aux besoins de leurs camarades d'infortune pendant leur hospitalisation, par les bénéfices qu'ils permettent de réaliser dans leurs ateliers respectifs ils ne sont plus ainsi un fardeau pour la société.

Moralement, le tuberculeux qui arrive à se suffire à lui-même reprend courage et ne se considère plus comme un être inutile sur terre vivant en parasite sur le commun.

Au point de vue social le malade a sa vie considérablement allongée : c'est une vie humaine, un capital récupéré. De plus, il est à l'abri des rechutes. Quant à la collectivité elle est protégée de la contagion.

Pour la réalisation du village-sanatorium il faut sans doute une mise de fonds, mais une mise de fonds unique, puisque par son activité le village acquiert rapidement son autonomie financière. La

générosité privée, secondée par l'Etat saura fournir les premiers fonds. L'Etat y trouvera d'ailleurs son intérêt, car dès l'application de la loi sur les Assurances Sociales les tuberculeux seront constamment à la charge des Caisses. Tandis que si on les récupère ils seront aptes à gagner leur vie et à se suffire à eux-mêmes.

Notre époque fertile en réalisations pratiques a le devoir social de mener à bien cette œuvre de civilisation et de faire de ces simples idées une réalité bienfaisante.

Vu, le Doyen,, *Vu, le Président,*

ROGER. LEMIERRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

Léon Bernard. — La tuberculose pulmonaire.

F. Bezançon et L. Bernard. — Communication à l'Académie de Médecine, 1er avril 1924.

L. Guinard. — La pratique du sanatorium.

— L'entretien du pneumothorax artificiel dans les dispensaires d'hygiène sociale.

U. Guinard. — Avenir éloigné de la Tuberculose pulmonaire.

P. Jouve. — La cure d'occupation dans la tuberculose pulmonaire.

G. Kuss. — Therap. des mal. des voies respiratoires et de la tub. pulmonaire.

Mac Dougall. — The British Legion Village.

Rathery. — Climatothérapie in Carnot Rathery Harvier. — Précis de Thérapeutique.

Rist. — La tuberculose 1927.

— Revue de Phtisiologie médico-sociale.

— Rapports annuels de Papworth, 1924-1925.

— Recueil des travaux de la Comm. permanente de préservation contre la tuberculose.

Wolfsohm. — Les villages tuberculeux en Angleterre. — Thèse Paris.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette